Приложение 12а

Вх. № Дата:

**ДО:**

**КМЕТА**

**НА**

**ОБЩИНА СТАРА ЗАГОРА**

От

..............................................................................................................................................................................................................

(имe, презиме и фамилия налицето, кандидат за потребител науслугита)

ЕГН , лична карта№ , изд. на ...............

от МВР- гр , настоящ адрес: гр.(с) ...............

ж.к ул № ...............,

бл , вх , ет , ап ,телефон/и: .......................

чрез ................

(име, презиме и фамилия иа упълномощено лице/законен представител)

ЕГН , лична карта№ изд. на ..............................................

от МВР- гр , настоящ адрес: гр.(с) ...............

ж.к , ул ...№ ......................,

бл , вх , ет , ап ,телефон/и: ..............................................................................................

1. С настоящото заявявам потребност от ползване на социалната услуга „Асистентска подкрепа", тъй като съм:

□ лице в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване и нямам определена по съответния ред степен на намалена работоспособност;

□ дете с трайно увреждание с определена чужда помощ

□ пълнолетно лице с трайно увреждане с определена чужда помощ

1. Декларирам, че:
2. Съгласен/а съм да допусна в дома си хора, с които не съм в родствени отношения, за да ми оказват „Асистентска подкрепа" в извършването на определени ежедневни дейности по начин, който предварително сме уговорили.
3. Към момента на кандидатстването D ползвам / D не ползвам асистентска подкрепа по реда на Закона за социалните услуги, помощ за осигуряване на асистентска подкрепа или грижа в домашна среда по реда на друг закон, по национални програми или по програми, финансирани от други източници или по друг ред.

...............................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

*(в случай, че лицегпо ползва социална услуга към момента на кандидатстване се вписват данни за срока на услугата, по киято е потребител)*

**Прилагам следните документи:**

* документ за самоличност *(за справка);*
* документ за самоличност на упълномощеното лице/законния представител *(за справка)*;
* нотариално заверено пълномощно (в случай, че документите не се подават лично от кандидата за потребител).
* медицински документи *(ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, ЛКК. епикриза и др. - копие)*
* други документи

Известно ми е, че за неверни данни, посочени в настоящото заявление, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, които предоставям във връзка с изпълнение на заявената от мен административна услуга, при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни и Регламент (EC)2016/679(GDPR)

1 Декларирам, че не получавам месечни помощи по реда на чл. 8д, ал. 1, във връзка с чл. 8 д, ал. 5, т. 2 от Закона за семейни помощи за деца. При промяна в обстоятелствата съм задължен да уведомя доставчика на социалната услуга „Асистентска подкрепа" в 30 - дневен срок.

Декларатор: ................................................................................................................................................................................

(име и фамилия на заявителя)

Дата: Подпис: ..........................................................................

Заявлението-декларация е прието и проверено от: ..........................................................................................................

 (име, фамшия, длъжност)

Дата: Подпис: ............................................................................

1 Текстът не се отнася за пълнолетни кандидати за потребители